



**Universitat de Lleida**

**Facultat d'Infermeria**

**Grau en Infermeria**

# **INTENTO DE AUTOLISIS POR INTOXICACIÓN. ACTUACIÓN DE ENFERMERIA.**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**CURSO 2013-2014**

***ALUMNA: M<sup>a</sup> CORPORALES TERRADO SEBASTIAN***

***TUTORA: MARIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ***

### ***Agradecimientos:***

A mis tutora Marisol Sánchez, por su constante apoyo, sus sabios consejos y por darme todas las facilidades del mundo para poder concluir este trabajo.

A Lluís, mi pareja, por ser la persona que ha compartido el mayor tiempo a mi lado, porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe.

A mis padres, Francisco y Felisa, porque sin su esfuerzo y su amor nada de esto hubiera sido posible.

A mi hermana Ana, porque sus palabras siempre han sido de ánimo.

A Joana, mi suegra por cuidarme y quererme como a una hija y llegar donde yo no he podido.

A Joan, mi amigo infinito, porque ahora le tengo que devolver con intereses todas las horas que le he robado a su vida para dedicárselas a este trabajo.

A mis amigos por su confianza, paciencia y sus palabras de aliento durante mis estudios.

A la Dirección de enfermería del hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, por facilitarme el trabajo en la búsqueda de los pacientes.

Y a todas las personas que de un modo u otro han contribuido a que pudiera realizar este trabajo.

## **RESUMEN:**

---

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de bienestar de un individuo en el cual es capaz de afrontar los obstáculos de la vida diaria, trabajar de manera eficaz y contribuir a su comunidad.

El presente estudio llevado a cabo en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, de Enero de 2013 a Diciembre de 2013, pretende identificar la frecuencia de pacientes ingresados con diagnóstico de intento suicida por intoxicación medicamentosa y de forma secundaria los factores que los llevaron a ello, así como el método empleado para este fin.

La importancia del estudio radica en que nuestro hospital recibe una cantidad considerable de pacientes psiquiátricos, y el primer contacto médico es con Urgencias, de ello la importancia de crear un protocolo de actuación delante de dichos pacientes.

Concluyendo que estamos ante un gran problema de Salud Pública, cuyo auge ha ido incrementando, por eso se deberían de emplear medidas de acción para disminuir el intento de suicidio en nuestra población y por tanto la mortalidad.

**PALABRAS CLAVES:** Intoxicación medicamentosa, Intento Autolítico, Parasuicidio, Procedimientos de Enfermería.

## **ABSTRAT:**

The mental health is defined by the World Health Organization (WHO) as the welfare state of an individual in whom it is capable of confronting the obstacles of the daily life, of working in an effective way and of contributing to his community.

The present study carried out in the University Hospital Arnau de Vilanova of Lleida, from January, 2013 to December, 2013, tries to identify the patients' frequency deposited with diagnosis of suicidal attempt for poisoning medicines and of secondary form the factors that took them to it, as well as the method used for this end.

The importance of the study takes root in that our hospital receives a considerable quantity of psychiatric patients, and the first medical contact is with Urgencies, of it the importance of creating a protocol of action in front of the above mentioned patients.

Concluding that we are before a great problem of Public Health, which summit has been increasing, because of it measures of action should be used to diminish the attempt of I fake the suicide in our population and therefore the mortality.

**KEY WORDS:** drug poisoning, try autolytic, Parasuicide, nursing procedures.

# ÍNDICE:

---

LISTA DE ABREVIATURAS .....	I
LISTA DE TABLAS .....	II
LISTA DE FIGURAS .....	III
LISTA DE GRÁFICOS .....	IV
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Epidemiología.....	6
2.2. Factores que intervienen en las conductas suicidas.....	8
2.3. Manifestaciones de Peligro.....	15
3. EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	16
4. OBJETIVOS.....	19
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
5.1. Tipo de Estudio.....	20
5.2. Población de Estudio.....	20
5.3. Lugar de Estudio.....	20
5.4. Descripción de Variables.....	21
5.5. Plan de Trabajo.....	21
6. RESULTADOS.....	23
7. LIMITACIONES.....	28
8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	29
8.1. Protocolo de Actuación de Enfermería.....	30
9. CONCLUSIONES – DISCUSIÓN.....	36
10. ÚLTIMOS AVANCES Y NOTICIAS.....	40
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

## **ANEXOS:**

<b>A.1. Encuesta utilizada en el estudio.....</b>	<b>47</b>
<b>A.2. Solicitud de Permiso de Investigación.....</b>	<b>48</b>
<b>A.4. Evaluación de un Paciente con Conducta Suicida.....</b>	<b>49</b>
<b>A.3. Hoja de Registro de Contención Mecánica.....</b>	<b>50</b>
<b>A.5. Últimos avances en el Tratamiento del Riesgo Suicida.....</b>	<b>51</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AP:** Atención Primaria.

**CS:** Conducta suicida.

**GPC:** Guía de Práctica Clínica.

**HUAV:** Hospital Universitario Arnau de Vilanova.

**INE:** Instituto Nacional de Estadística.

**IMV:** Intoxicación Medicamentosa Voluntaria.

**IA:** Intentos de Autolisis.

**IS:** Intentos de Suicidio.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**SEMES:** Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

**VIH:** Virus Inmunodeficiencia Humana.

## **LISTA DE TABLAS**

**Tabla 1.** Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al.

**Tabla 2.** Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables.



## **LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1.** Tasas globales de suicidios en España (por 100.000 hab.) y comunidad autónoma en 2008.

**Figura 2.** Factores asociados a la conducta suicida.

**Figura 3.** Algoritmo de conducta suicida en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1.** Intentos autolíticos según mes del año.

**Gráfico 2.** Intentos autolíticos por género.

**Gráfico 3.** Incidencia de intentos autolíticos por grupos de edad.

**Gráfico 4.** Intentos autolíticos según ocupación.

**Gráfico 5.** Intentos autolíticos según estado civil.

**Gráfico 6.** Intentos autolíticos según el método empleado.

**Gráfico 7.** Intentos autolíticos según la hora del día.

**Gráfico 8.** Consumo de alcohol y Drogas.

## 1.- INTRODUCCIÓN

---

Tratar el tema del suicidio no es fácil ya que en él intervienen muchos factores que describiremos más adelante. Además, es relativamente fácil caer en estereotipos sobre el suicidio, en mitos o en argumentos morales que poco ayudan a la persona o familiares.

Actualmente, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo y en algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 25 a 44. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones (1).

Debido al gran incremento de IMV con IA en el último año, es conveniente la creación de un protocolo de actuación para los servicios de urgencias, ya que debido al aumento de ingresos el personal necesita apoyo y una guía de actuación común.

Durante la realización del trabajo, se ha evidenciado la falta de una intervención para la identificación precoz en los servicios de atención primaria, que minimizaría los ingresos en el servicio de urgencias con desenlace de intento autolítico, así como la deficiencia de protocolos de actuación para dichos casos, que ayuden al desarrollo de tratamientos y estrategias para actuar sobre estos pacientes y su entorno.

Para poder realizar esta intervención, primero se tuvo que realizar una revisión bibliográfica para estudiar el tema y conocer la situación actual de los intentos autolíticos. Las bases de datos consultadas han sido, Medline (PubMed), Cuiden Plus, Cochrane Library y Google académico.

### Criterios de inclusión

- Los artículos o documentos publicados des del año 2000 hasta la actualidad.
- Artículos publicados en español o en inglés.
- Todos los artículos o documentos que no tuvieran ningún criterio de exclusión.

### Criterios de exclusión

- Los artículos que trataran solo de estudios de intentos autolíticos.
- Los anteriores a 2000.

Una vez realizada toda la búsqueda bibliográfica, entender la temática de los intentos autolíticos por intoxicaciones medicamentosas y concluir con el estudio realizado durante el año 2013, cabe la necesidad de crear un protocolo de actuación para los servicios de urgencias, a utilizar como guía por todos los profesionales y así poder consensuar una atención de calidad a estos pacientes, durante su ingreso en dicho servicio.

## 2.- MARCO TEORICO

---

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”* y el parasuicidio, como *“un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”* (2).

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un *continuum* de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos (3).

Los criterios de clasificación de la conducta suicida diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en el suicidio (4).

Las diferentes terminologías utilizadas para referirse a fenómenos suicidas son numerosas y pueden clasificarse de varias formas, refiriéndose a los actos, los gestos o aspectos psicológicos del individuo, al potencial, etc.

Para unificar criterios se proponen las siguientes definiciones:

–**Ideación suicida**: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

–**Comunicación suicida**: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones.

Existen dos tipos de comunicación suicida:

- **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- **Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

**Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e incluso, producir la muerte.

Se considera conducta suicida (5,6):

- **Autolesión / gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
- **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).
- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

A modo de resumen conceptual se muestra la tabla siguiente:

**Tabla 1.** Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al.

Fuente: elaboración a partir de Silverman et al. 2007.

<b><u>Ideación suicida</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intencionalidad suicida</li> <li>b. Con grado indeterminado de intencionalidad</li> <li>c. Con alguna intencionalidad suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Casual</li> <li>2. Transitoria</li> <li>3. Pasiva</li> <li>4. Activa</li> <li>5. Persistente</li> </ul>
<b><u>Comunicación suicida</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intencionalidad suicida: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I)</li> <li>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I)</li> </ul> </li> <li>b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II)</li> <li>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)</li> </ul> </li> <li>c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III)</li> <li>2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)</li> </ul> </li> </ul>	
<b><u>Conducta suicida</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sin intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I)</li> <li>2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II)</li> <li>3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)</li> </ul> </li> <li>b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I)</li> <li>2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II)</li> <li>3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)</li> </ul> </li> <li>c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I)</li> <li>2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II)</li> <li>3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)</li> </ul> </li> </ul>	

## 2.1.- Epidemiología.

Los intentos de suicidio (IS) son un grave problema para la salud pública por la frecuencia y morbilidad que conllevan, con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo. El método de tentativa suicida más empleado es la intoxicación medicamentosa voluntaria (IMV) con fines autolíticos. La intoxicación suicida será aquella producida por un gesto autoagresivo, independientemente de la verificación del ánimo de producirse la muerte (7).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (30), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,31%) más del triple que las mujeres (22,56%), llegando a ser en el año 2008 la primera causa de muerte no natural. Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa (8).

Respecto a los intentos de suicidio, en España se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos (11). El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en el medio extrahospitalario de 28/100.000 habitantes y de 170/100.000 habitantes en el medio hospitalario (11).

Sus repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico.

Por otra parte, diversos estudios destacan la asociación del suicidio con diferentes factores de riesgo psicosocial, como estar separado o sin pareja, las pérdidas personales, el abandono en la infancia, la historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia o la existencia de situaciones vitales estresantes.

En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio, siendo los trastornos más frecuentemente asociados, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros (8,9).

La cada vez mayor disponibilidad de productos químicos-farmacológicos y su utilización inapropiada, hacen que los intentos de suicidio por IMV sean un diagnóstico en mayor proporción, en los servicios de urgencias de los hospitales generales que en las emergencias de hospitales psiquiátricos. Por este motivo, el manejo inicial ha de ser

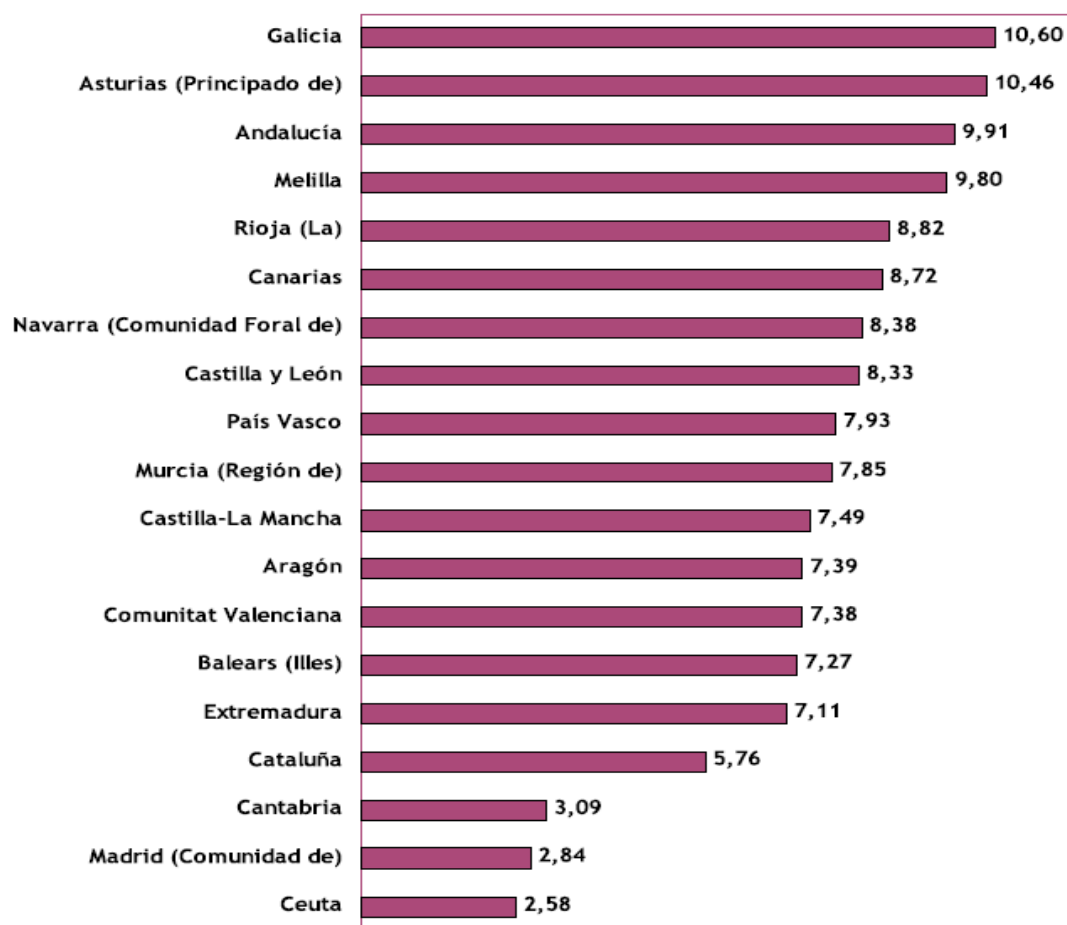


tratado como medicina general, ya que el objetivo principal es salvar la vida del paciente o evitar serias complicaciones (7).

La intoxicación aguda por fármacos es un hecho relativamente reciente cuya incidencia es más acusada en el mundo occidental desarrollado. En la segunda mitad del siglo XIX y primera mitad del XX, los tóxicos causales más frecuentes eran el CO, los álcalis y los ácidos, algunos metales y otras sustancias, en general, no medicamentosas (3,4). El gran cambio se produjo hacia 1950, cuando la accesibilidad a los fármacos y determinadas condiciones sociológicas motivaron un enorme incremento de las IMV, llegando a ser calificadas como la epidemia del siglo XX, en la actualidad representan alrededor del 1% del total de las urgencias en nuestro país (2).

**Figura 1.** Tasas globales de suicidios en España (por 100.000 hab) y comunidad autónoma en 2008.

Fuente: datos del Instituto Nacional de Estadística (14).



## 2.2.- Factores que intervienen en las conductas suicidas.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia, el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, aunque algunos tienen un peso específico mayor que otros y se pueden clasificar en distintos campos.

### Factores sociodemográficos:

- **Región o país:** las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por 100 000 habitantes), y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipinas (1,1, 2,0 y 2,1 por 100 000 habitantes). En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas (12).

El resto de los factores sociodemográficos señalan los determinados por Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. (2004) (13).

- **Género:** la proporción de suicidios hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo. Dos excepciones serían India y China, en donde no hay claras diferencias respecto al género (1,3:1 en la India y 0,9:1 en China). Aunque las tasas son menores en las mujeres que en los hombres, existe un mismo patrón dentro de cada país, de manera que aquellos con altas tasas de suicidio masculino, presentan también altas tasas de suicidio femenino.
- **Edad:** aunque proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad, dada la distribución demográfica, el número absoluto de casos registrados es mayor entre los menores de 45 años, fenómeno que parece existir en todos los continentes y que no está correlacionado con los niveles de industrialización o riqueza. Sin embargo, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son raros antes de la pubertad, probablemente por la inmadurez cognitiva del individuo.

- **Raza:** podrían existir patrones de suicidio según la raza, con menores tasas entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos.
- **Religión:** podría actuar como factor protector, ya que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los ateos, siendo menores en los practicantes de distintas religiones: budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes.
- **Desempleo:** Muchos estudios han demostrado la relación existente entre el desempleo y la conducta suicida, siendo el desempleo de larga duración un factor especialmente estresante.

### **Factores de riesgo psicológicos:**

Las variables psicológicas que pueden estar asociadas a la conducta suicida son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y el perfeccionismo. Estos factores varían en función de la edad, aunque hay dos de especial importancia, la desesperanza y la rigidez cognitiva (14).

### **Factores de riesgo socio-familiares y ambientales:**

Por otra parte, diversos estudios destacan la asociación del suicidio con diferentes factores de riesgo sociofamiliar, como estar separado o sin pareja, las pérdidas personales, el abandono en la infancia, la historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia o la existencia de situaciones vitales estresantes (8,17)

- ✓ **Historia familiar de suicidio:** Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado.

- ✓ **Eventos vitales estresantes:** Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.
- ✓ **Apoyo sociofamiliar:** la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social.
- ✓ **Nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo:** la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio. Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio, un bajo nivel educativo se asocia también con un aumento del riesgo de suicidio.

También podemos clasificar los factores de riesgo en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico (16).

**Tabla 2.** Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables.

Fuente: elaboración propia a partir del libro “Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida“(15).

<u><b>MODIFICABLES</b></u>	<u><b>INMODIFICABLES</b></u>
<b>Trastorno afectivo</b>	<b>Heredabilidad</b>
<b>Esquizofrenia</b>	<b>Sexo</b>
<b>Trastorno de ansiedad</b>	<b>Edad:</b>
<b>Abuso de sustancias</b>	- Adolescentes y adultos jóvenes
<b>Trastorno de personalidad</b>	- Edad geriátrica
<b>Otros trastornos mentales</b>	<b>Estado civil</b>
<b>Salud física</b>	<b>Situación laboral y económica</b>
<b>Dimensiones psicológicas</b>	<b>Creencias religiosas</b>
	<b>Apoyo social</b>
	<b>Conducta suicida previa</b>

Otra clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos : factores de riesgo individuales y otros factores relacionados con el individuo.

### **Factores de riesgo individuales :**

El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales.

- ✓ **Depresión mayor:** Es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. Aparece en todos los rangos de edad, aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años (4). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (17).

- ✓ **Trastorno bipolar:** Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio.
- ✓ **Trastornos psicóticos:** Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida (17).
- ✓ **Trastornos de ansiedad:** Pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad (18).
- ✓ **Abuso de alcohol y de otras sustancias:** Ejerce un papel muy significativo, ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias.
- ✓ **Trastornos de personalidad:** Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general (17).
- ✓ **Trastornos de la conducta alimentaria:** Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio, sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía (19).

▪ **Intentos previos de suicidio e ideación suicida:**

Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces (17).

- **Edad:**

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada. Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores al adolescente debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales (17).

- **Sexo:**

Los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres (17).

- **Enfermedad física o discapacidad:**

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc.), se relacionan con mayor riesgo de suicidio. Las enfermedades con más prevalencia de casos de suicidio son el cáncer y el VIH (21).

- **Exposición (efecto “contagio”):**

La exposición a casos de suicidio cercanos o a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes (8).

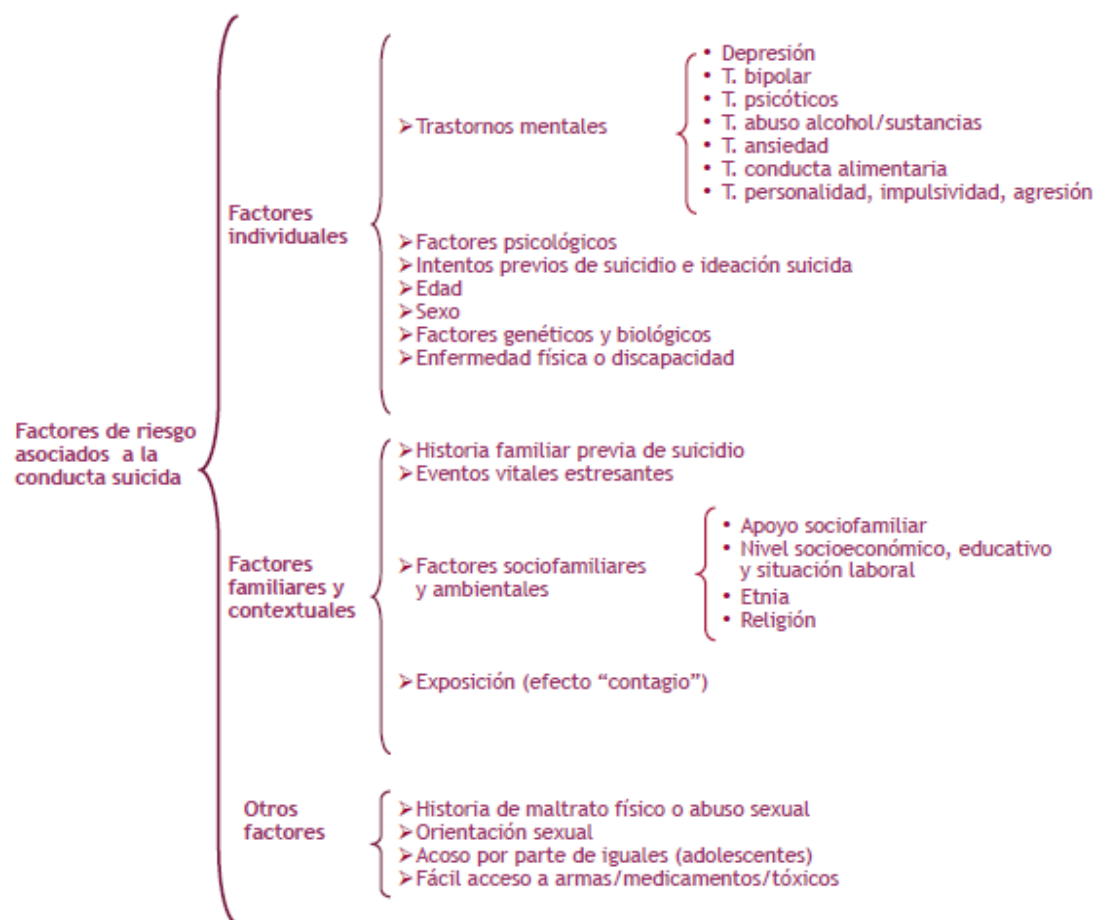
- **Otros factores de riesgo relacionados con el individuo:**

- **Historia de maltrato físico o abuso sexual:** Los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida. También se ha visto una asociación entre agresor y suicidio, ya que datos de 2010 nos muestran que, en España, el 21,9% de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras agredir a su pareja con consecuencias mortales (21).

- **Orientación sexual:** parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes, debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida (8).
- **Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos:** Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo.
- **Acoso por parte de iguales:** En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas (17).

**Figura 2.** Factores de riesgo asociados a la conducta suicida.

Fuente: Guía de Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (16).





### 2.3.- Manifestaciones de Peligro.

Las señales de alerta pueden advertirnos de la intención de suicidio en una persona, por ello debemos prestar atención a diferentes síntomas o comportamientos, entre ellos (23):

- Cambios inexplicables en los hábitos de comer, vestir y dormir.
- Retraimiento o evasión de amistades, familiares o de actividades cotidianas.
- Conducta violenta y/o comportamiento rebelde.
- Uso inmoderado del alcohol u otras drogas.
- Abandono inusual del cuidado y la apariencia personal.
- Cambios notorios y extraños de la personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultades para concentrarse o deterioro inusual en la calidad de trabajo.
- Pérdida del interés en distracciones y en las relaciones sociales, en especial las afectivas.
- Presentación de múltiples quejas somáticas como cefaleas, dolor abdominal y fatiga crónica asociado a estados emocionales.
- Hablar frecuentemente "del Fin", "de que sería mejor no estar aquí", "pronto terminara todo" o frases que indican alguna forma de despedida.

### 3.- EVALUACION Y MANEJO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

---

Diferentes estudios ponen de manifiesto que las intoxicaciones medicamentosas con intento autolítico son un grave problema del siglo XXI y del futuro.

Los servicios de urgencia hospitalarios son el lugar donde suelen acudir a recibir la asistencia médica necesaria las personas que realizan una tentativa suicida. En este sentido, existen claras evidencias de que en dichos servicios no siempre se realiza una adecuada evaluación psicosocial de los pacientes, por este motivo, sería necesaria una intervención urgente, para la identificación precoz en los servicios de atención primaria (26).

Los Servicios de Urgencias, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario.

Un importante desafío para los Servicios de Urgencias, como proveedores de asistencia sanitaria, es el de participar activamente en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación de aquellos pacientes con alto riesgo de suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio. Para ello sería necesaria una colaboración más estrecha entre los Servicios de Urgencia y los de Salud Mental (24).

Los objetivos fundamentales del tratamiento de un paciente con IM con IA en el servicio de urgencias incluyen, mantener las constantes vitales, impedir que prosiga la absorción del tóxico, favorecer su eliminación, administrar antídotos específicos y evitar una nueva exposición, por esto debemos tener en cuenta toda información que pueda aportar cualquier testigo (27).

Una vez valorada la situación y estabilizado el paciente, debemos realizar una historia clínica lo más completa posible incluyendo (30):

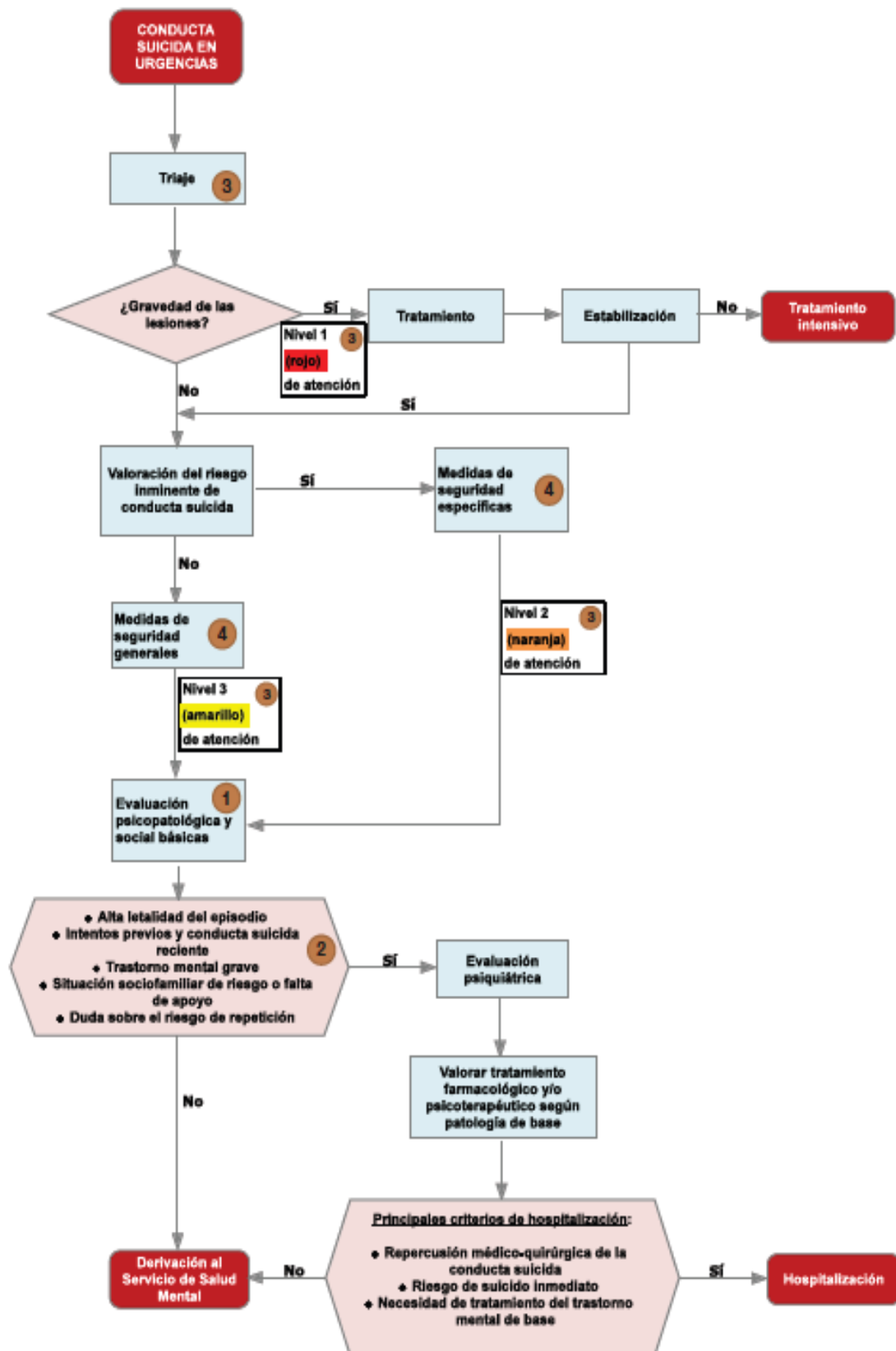
- ❖ **Anamnesis:** se realizará al propio paciente, y si éste está inconsciente, se realizará a un familiar o a testigos. En ocasiones la información obtenida

no es totalmente fiable por: desconocimiento, bajo nivel cultural, mentira deliberada del paciente o ausencia de testigos.

- ❖ **Exploración física:** debe ser completa, poniendo especial cuidado en:
  - Signos vitales (tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura y Saturación O<sub>2</sub>).
  - Nivel de consciencia. Es preciso registrarlo a su llegada a Urgencias, así como las posibles variaciones que experimenta durante su estancia en el Servicio.
  - Exploración neurológica detallada.
  
- ❖ **Exploraciones complementarias:** Hemograma, glucemia, creatinina, urea, iones, transaminasas, estudio de coagulación, GAB, ECG y monitorización cardíaca. Tóxicos en orina: permite la determinación de benzodiacepinas, barbitúricos, cannabis, cocaína, opiáceos, antidepresivos tricíclicos, anfetaminas. Pruebas de imagen: radiografía tórax o abdomen en tóxicos opacos y valorar TAC craneal en pacientes en coma.
  
- ❖ **Medidas terapéuticas y estabilización del paciente.**
  
- ❖ **Tratamiento psiquiátrico:** Todos los intentos de suicidio con tóxicos deberán ser valorados y/o tratados por un psiquiatra, por tanto:
  - Si no precisan ingresar en el hospital por ausencia de sintomatología somática, deberán ser vistos por el psiquiatra del hospital previamente al alta o trasladados con las correspondientes medidas de seguridad a un centro con psiquiatra de guardia, (en nuestro centro, al psiquiatra de guardia del Hospital Provincial).
  - Si ingresan en el hospital, deberán tomarse medidas de seguridad (bloqueo ventana, evitar que salga de la habitación, sujetar o sedar si es preciso, etc.) y se deberá consultar al psiquiatra para que evalúe el caso (25).

**Figura 3.** Algoritmo de conducta suicida en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Fuente: Guías de Práctica clínica del SNS. 2010 (29).



## 4.- OBJETIVOS

---

### **Objetivos Generales:**

- Valorar la prevalencia de intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Lleida
- Elaboración de un protocolo de actuación de enfermería en los ingresos de intento de suicidio, por intoxicación medicamentosa, en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

### **Objetivos Específicos:**

- A. Identificar los factores sociales, psicológicos y económicos que determinaron los intentos de suicidio.
- B. Mejorar la calidad de la atención a los pacientes con IA.

## 5.- MATERIAL Y METODOS

---

### 5.1.- Tipo de Estudio:

Diseño de estudio descriptivo retrospectivo, en un periodo comprendido de Enero a Diciembre 2013.

### 5.2.- Población de Estudio:

La población del estudio fueron todos los pacientes ingresados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida , con diagnóstico de intoxicación medicamentosa con intento autolítico. Después de revisadas las 168 historias, nuestra muestra definitiva fue 79, ya que se descartaron la restantes por diferentes motivos: intoxicación por CO<sub>2</sub>, ahorcamiento y precipitados.

Con la muestra resultante se aplicó los criterios de inclusión siguientes:

- ❖ Edad: 18 a 65 años.
- ❖ Diagnóstico de ingreso: Intento suicida, intoxicación medicamentosa voluntaria.

### 5.3.- Lugar de Estudio:

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, perteneciente al Instituto catalán de salud (ICS) y centro de referencia de enfermos agudos de las regiones sanitarias de Lleida, Alto Pirineo y Aran, en conjunto asume unos 450.000 habitantes.

El servicio de Urgencias de dicho hospital, cuenta con 52 boxes de atención al paciente repartidas en diferentes áreas asistenciales, como área de triaje, módulo penitenciario, zona asistencial pediátrica, nivel 1 ( atención de urgencias médico-quirúrgicas y traumatología de poca complejidad y requerimiento mínimo de observación de 6 horas ,nivel 2 (área polivalente de atención médico-quirúrgica de alta complejidad y requerimiento de observación de como máximo 24 horas), nivel 3 ( sala de reanimación inmediata, con prestaciones de urgencia vital), área de traumatología urgente.

El servicio tiene una media de visitas diarias de 232 pacientes, con 84.886 altas anuales y un tiempo medio de espera de 4 horas. Datos obtenidos durante el año 2012 (30).

#### **5.4.- Descripción de Variables:**

Las variables utilizadas fueron:

- Sociodemográficas :
  - ✓ Edad: en intervalos de 18 a 30, 31 a 45, 46 a 60 y mayores de 61 años.
  - ✓ Fecha del intento: por meses
  - ✓ Sexo: hombres y mujeres
  - ✓ Estado civil: soltero, casado, en pareja, divorcios, separados y viudos.
  - ✓ Ocupación: estudiante, ama de casa, empleado y desempleado o/y jubilado.
- Dependientes:
  - ✓ Método para el intento del suicidio, fármacos utilizados: Benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos, AINES, anticonvulsionantes e hipoglucemiantes.
  - ✓ Hora del intento: matutino, vespertino o nocturno.
  - ✓ Uso de alcohol y/o drogas: si o no.

Para recabar la información necesaria y alcanzar los objetivos propuestos, se creó una base de datos que contenía todas las variables a analizar. (Anexo 1)

#### **5.5.- Plan de Trabajo:**

Para la realización del presente estudio, se debió pedir permiso mediante carta registrada, a la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, juntamente con el director médico de dicho hospital. (Anexo 2).

Una vez obtenido el permiso del comité ético, obtuve un acceso limitado y temporal a las historias clínicas del programa SAP. Se debe de tener en cuenta que los profesionales médicos que completan la historia clínica del paciente en el ICS, no están obligados a codificar los Intentos Autolíticos como tal, por esta razón muchas historias se pierden o no son válidas para estudio, ya que el diagnóstico codificado es una patología médica y no se puede rastrear en el servicio SAP. Son codificados en la clasificación internacional de enfermedades 9ª revisión modificación clínica (CIE-9-MC) como IMV e IA, mediante el programa informático utilizado en dicho hospital, SAP.

Al tratarse de un estudio observacional, no se realizó ninguna intervención directa sobre las personas ni se alteró el proceso asistencial, por lo que no fue necesario solicitar consentimiento informado a las personas implicadas, dado que los datos recogidos fueron los estrictamente necesarios para la investigación y se trataron de forma anónima.

El acceso a la historia clínica del paciente se realizó exclusivamente con fines de investigación y garantizando la confidencialidad. En ningún caso se recogió ningún dato del paciente que sirviera para ser identificado al margen de los fines propios de la investigación.

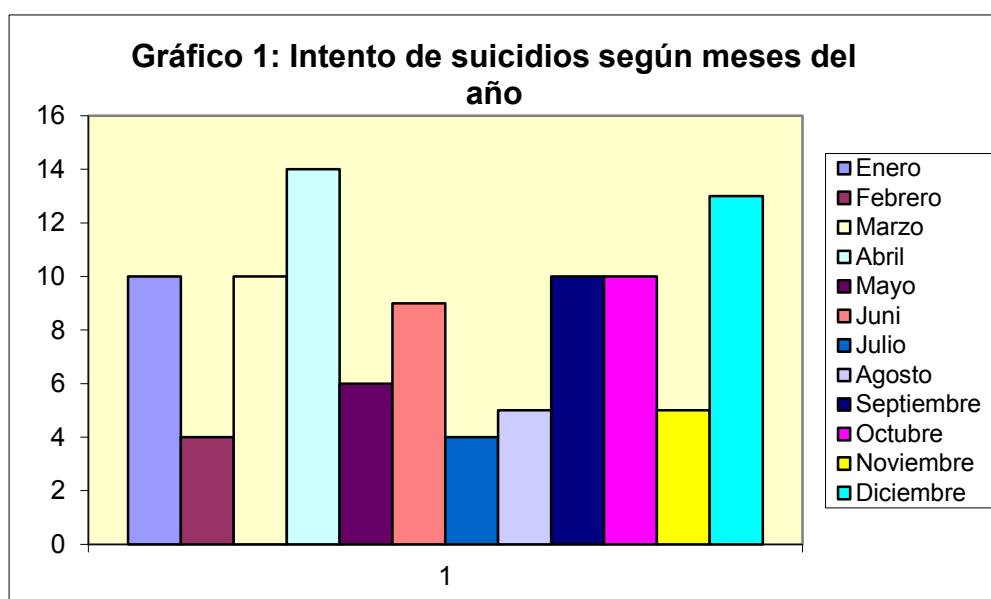
El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS Statistics 22, posteriormente se esquematizó la información por medio de gráficas y tablas para explicar con exactitud los resultados encontrados.



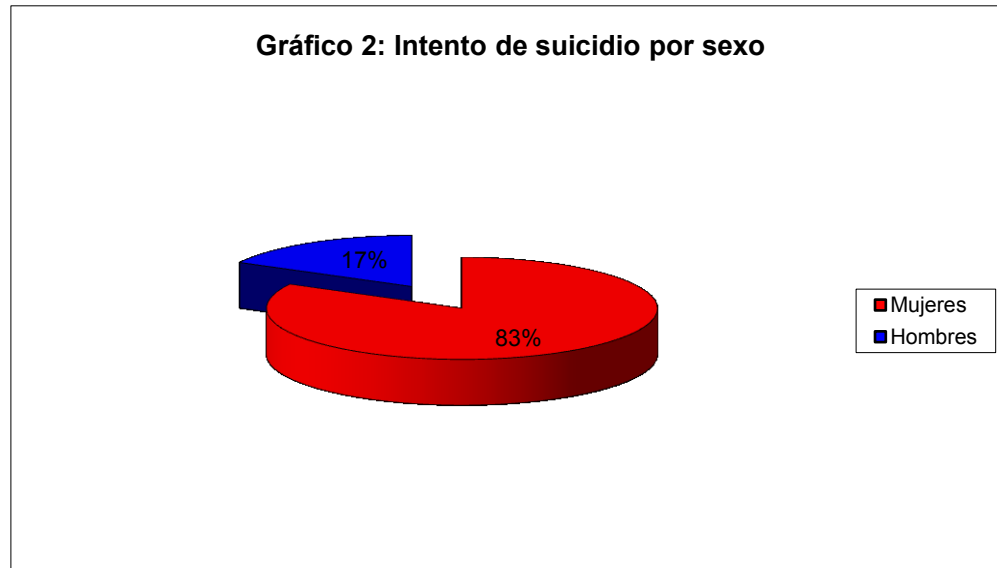
## 6.- RESULTADOS

Después de revisar las 79 historias clínicas que pudieron ser incluidas en el presente estudio, los resultados fueron los siguientes:

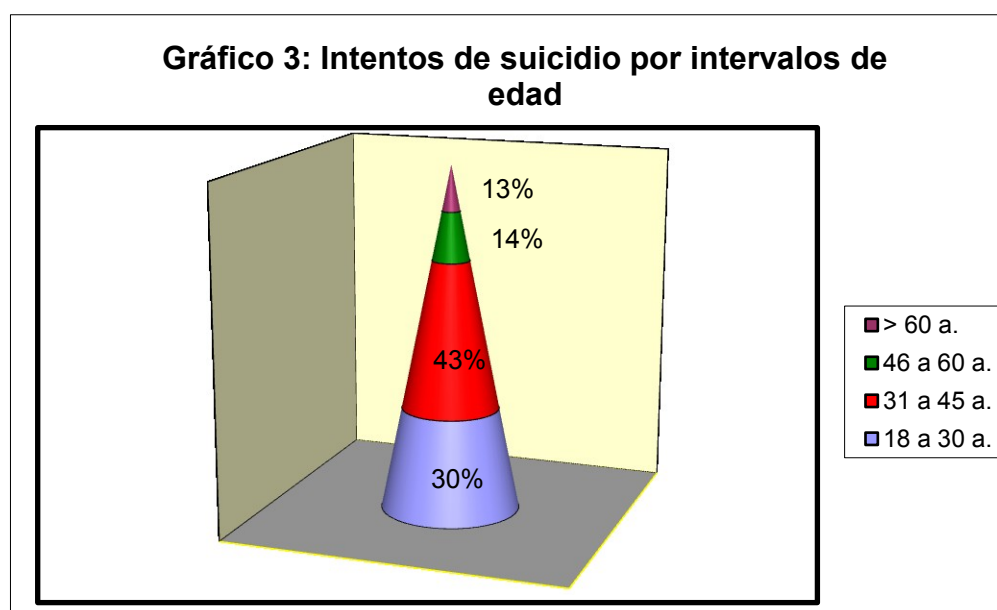
En el gráfico 1 se describe los intentos de suicidio según el mes del año. Donde el mes de abril y diciembre se dieron un 14% y 13% respectivamente, seguido por los meses de enero, marzo, septiembre y octubre con un 10% , junio con 9% , mayo con 6% , agosto y noviembre con 5%, febrero y julio con un 4% .



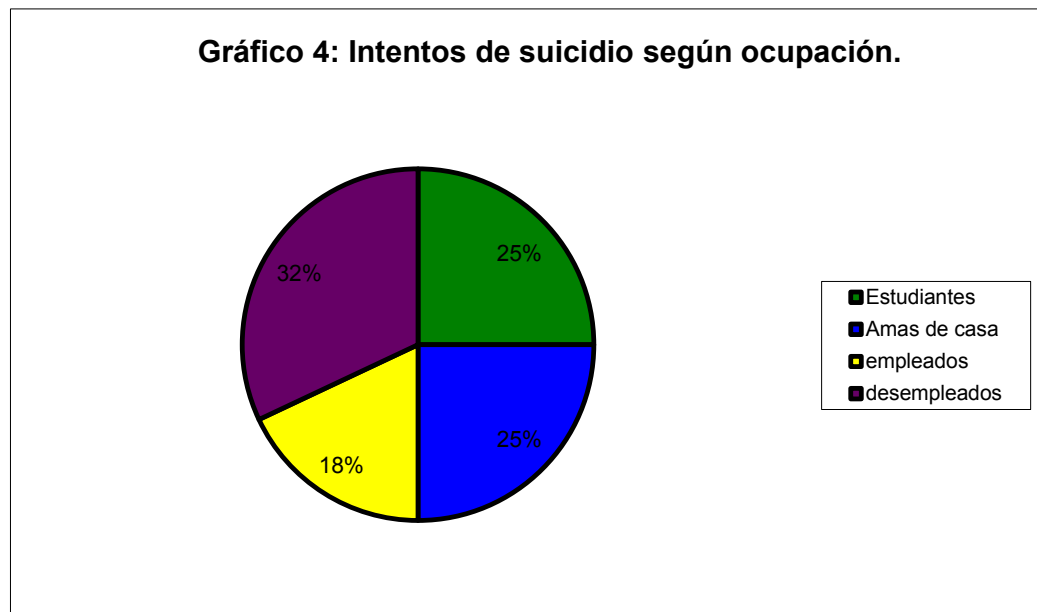
Con respecto al género se describe que el 82% fueron mujeres y 17% hombres. (Gráfico 2).



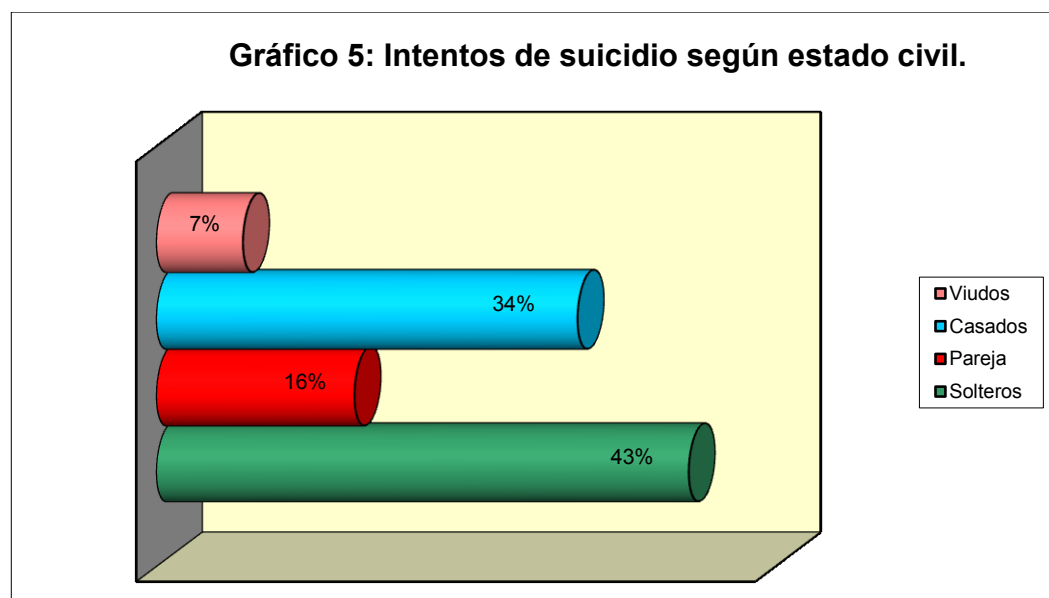
Según el grupo de edad, los intentos de suicidio son, para los de 31 a 45 años el 43%, seguido por el grupo de 18 a 30 años con 30%, y en el intervalo de 45 a 60 años con 14% y en los mayores de 61 años el 13% (Gráfico 3).



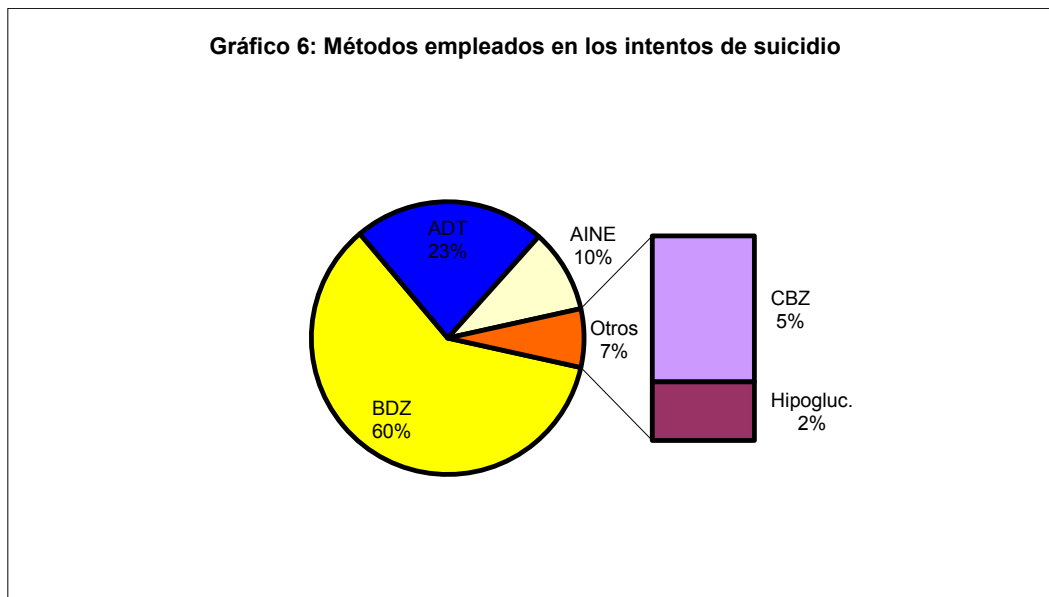
En el gráfico 4 se describe la ocupación, donde el 25% eran estudiantes y amas de casa respectivamente, un 32% desempleado y un 18% empleado o jubilado.



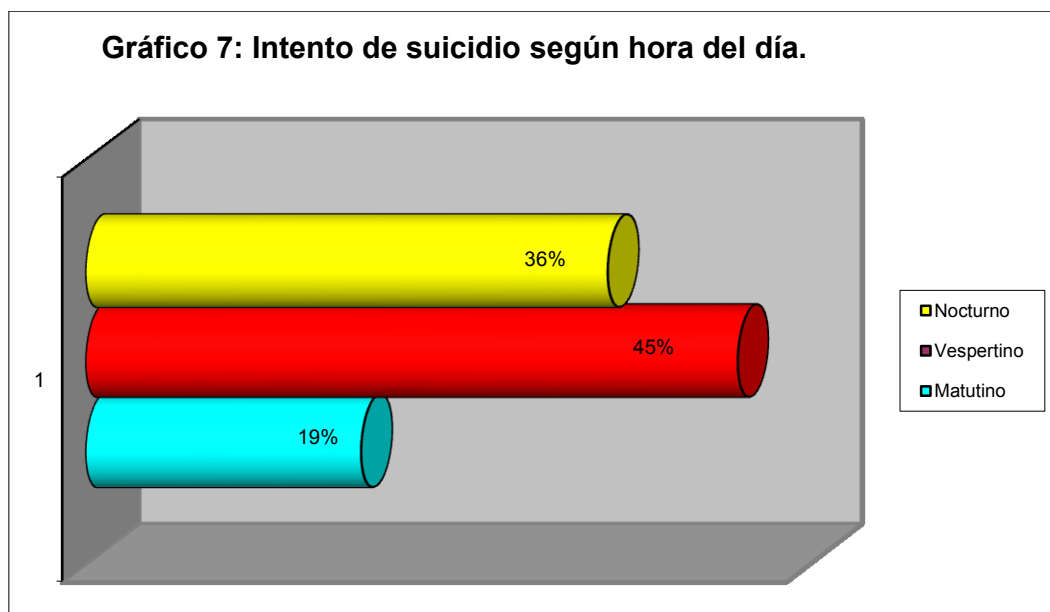
En relación al estado civil el 43% eran solteros, 16% vivían en pareja, 34% casados, y 7% viudos (Gráfico 5).



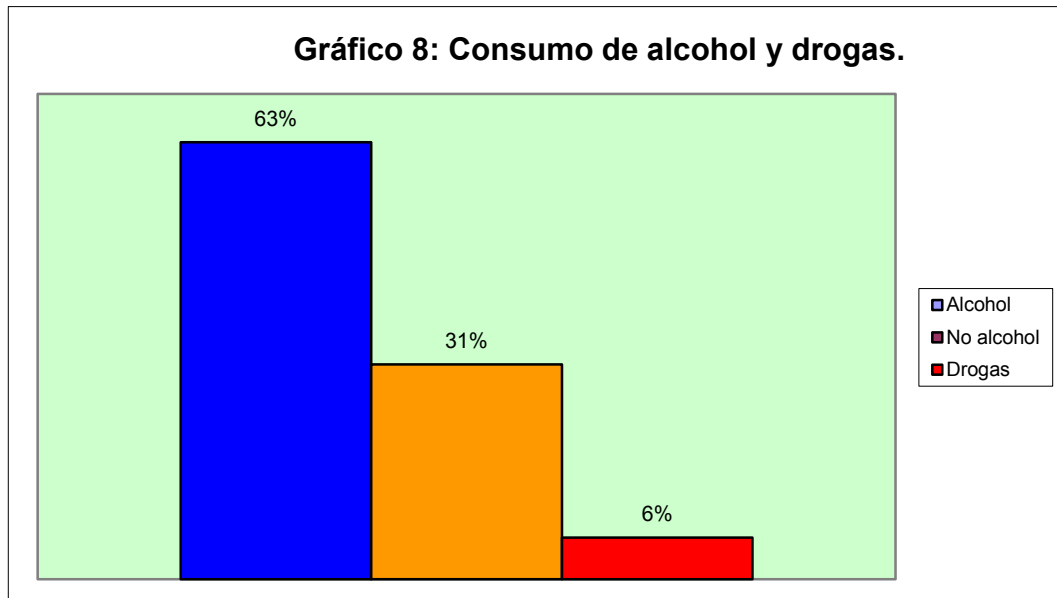
En lo referente a los tóxicos utilizados el 61% fue por benzodiacepinas, 23% por antidepresivos tricíclicos, el 10% por AINES, el 5% por anticonvulsionantes, y finalmente, el 2% por hipoglucemiantes. (Grafico 6).



En relación a la hora del día del intento de suicidio, las horas vespertinas fueron un 45%, las horas nocturnas, un 36% y durante las horas matutinas un 19% (Gráfico 7).



En el momento del intento de suicidio el 31% refieren no estar bajo la influencia del alcohol, mientras que el 63% refiere haber consumido bebidas etílicas y el 6% drogas ilegales (Gráfico 8).



## 7.- LIMITACIONES

---

- Algunas de las variables contempladas al iniciar el estudio no se han podido tener en cuenta, ya que no estaban registradas en la historia clínica de los pacientes.
- Los resultados obtenidos podrían ser más altos si el número de pacientes participantes del estudio fuesen más.
- Los resultados variarían si ampliáramos más el periodo de estudio.
- Otra limitación importante es la confidencialidad y el secreto profesional, en relación al suicidio, un tema delicado que dificulta el acceso a historias clínicas. Ya que el suicidio es un problema de salud pública importante, cuya epidemiología es difícil de estudiar, dado que muchos casos no llegan a identificarse.

## **8.- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: CREACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA**

---

La creación de protocolos que sirvan de guía para la toma de decisiones y manejo del paciente suicida, tanto a nivel hospitalario como a nivel ambulatorio, son un paso fundamental para poder establecer redes centinelas que sirvan de observatorio permanente de los comportamientos suicidas y se erigen como un elemento fundamental a la hora de prevenir futuros comportamientos suicidas(4).

El tratamiento hospitalario de los comportamientos suicidas debe seguir un protocolo y priorizar la seguridad del paciente y su estabilización médico-quirúrgica para, sólo después, realizar una completa evaluación psiquiátrica del mismo. La coordinación entre los distintos servicios es fundamental.

Teniendo en cuenta que el servicio de Urgencias del HUAV de Lleida, es el único servicio de la provincia que asume este tipo de urgencias, es importante que se tenga un protocolo de actuación de enfermería, para tener consensuadas las acciones y guie a los profesionales ante estas situaciones.

La realización del protocolo, debajo descrito, surgió a raíz de mi experiencia en esa unidad de urgencias y la falta de protocolo consensuado. En cuya elaboración se ha seguido el formato institucional del Hospital.

## 8.1.- Protocolo de Actuación:

# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INTENTO AUTOLITICO POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA.

### Responsable del documento:

Nombre	Servicio/Unidad
Mª Corporales Terrado Sebastián	UDL.

### Autor/es:

Nombre	Servicio/Unidad
Mª Corporales Terrado Sebastián	UDL.

### Gestión de modificaciones:

Versión	Año	Descripción de las modificaciones
01	2014	
Próxima revisión	2017	



## DEFINICIÓ

Es el conjunto de acciones que debe llevar a cabo el personal de enfermería para proporcionar una correcta acogida y apoyo al paciente que ingresa con intento autolítico por intoxicación medicamentosa en el servicio de urgencias (6).

## OBJETIVOS

Identificación de la causa de intoxicación, determinar la potencial gravedad de sus efectos y actuar rápida y correctamente para evitar o reducir las consecuencias.

Proporcionar al paciente una asistencia integral e individualizada para ayudarlo a recuperar o mejorar su salud.

Aumentar las habilidades del personal de enfermería para el manejo de los pacientes con IA (31).

## ÀMBITO DE APLICACIÓ

Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

## RECURSOS HUMANOS

- Médico adjunto o residente.
- Diplomado /graduado universitario en enfermería.
- Técnico en curas auxiliares de enfermería.
- Celador.
- Guarda de seguridad.

## ACOGIDA DEL PACIENTE

Una vez entregados los datos del paciente en el servicio de admisión y pasar por el “triage” de enfermería (todos los pacientes que acudan a un Servicio de Urgencias Hospitalarias debido a una conducta suicida deberían ser catalogados de forma que se asegurase su atención al menos dentro de la primera hora desde su llegada), identificar al paciente mediante una pulsera en la muñeca y sus etiquetas identificativas.

Situar al paciente en un box / habitación próximo al control de enfermería, fácil de vigilar y más alejado posible de las zonas próximas a la salida (ascensores, salida de emergencias, etc.).

Revisión cuidadosa del paciente y de sus pertenencias: Colocar todo en una bolsa grande y si existen objetos de valor, entregarlos a los acompañantes o a seguridad del Hospital (31).

## FASE DE EXECUCIÓN

Una vez instalado el paciente en su correspondiente box/habitación, enfermería procederá a instaurar una vía sanguínea de acceso periférico para la utilización de tratamiento farmacológico si fuera necesario (32).

### ANAMNESIS DEL FACULTATIVO JUNTO CON ENFERMERIA.

¿Con que se ha intoxicado?

- Interrogar al paciente, familiares, acompañantes y sanitarios.
- Nombre del medicamento/s.
- Preguntar siempre por el consumo habitual de algún fármaco por parte del paciente.
- Investigar la existencia de otros productos en el escenario de la ingesta.
- Vías de exposición: oral, inhalatoria, endovenosa, etc.

¿Cuál es la cantidad del tóxico?

Estimación de probable dosis: calcular siempre la ingesta más grande posible, número de comprimidos y compararla con la dosis tóxica del producto en cuestión.

¿Cuándo ha ocurrido la intoxicación?

Tiempo transcurrido desde la exposición. Ayuda a definir la gravedad, el inicio del tratamiento e interpretar los niveles plasmáticos.

Clínica: Síntomas presentes antes de acudir al hospital. Cabe preguntar por la aparición de vómitos previamente: eliminación de parte del producto y / o riesgo de aspiración pulmonar del contenido gástrico.

Exploración física: nos permite apoyar o establecer una hipótesis diagnóstica y nos informa de la gravedad.

Exploraciones complementarias:

- Analítica general con Hemograma, Coagulación, Sedimento de Orina, Bioquímica completa con pruebas de función hepática (transaminasas) y renal (creatinina).
- Analítica toxicológica: Screening de drogas y fármacos en orina, alteración del nivel de conciencia o con signos y / o síntomas sugestivos de intoxicación y que se desconozca la causa.

Determinación de niveles en sangre de fármacos o tóxicos, bien en nuestro centro o el Hospital Clínico de Barcelona: paracetamol, litio, digoxina, CO, metanol, etc.

Pruebas radiológicas.

Electrocardiograma.

La evaluación deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. Cualquier persona que habla de suicidio debe ser tomada siempre en serio (32).

## **FASE DE CONTROL**

Una vez estabilizado al paciente y realizadas las pruebas complementarias, se procederá a la evaluación de la conducta suicida y sus motivos, para la posible interconsulta al servicio de psiquiatría del Hospital, que determinara su alta domiciliaria o el ingreso en una unidad especializada de psiquiatría. (Anexo 3) (33).

## RECOMENDACIONES

Vigilar en todo momento el estado del paciente, ya que a causa de la intoxicación medicamentosa o la propia patología psiquiátrica de base, se puede manifestar una agitación psicomotora, un síndrome habitual en el ámbito hospitalario que provoca alteración en el cuidado y necesidad de aplicación terapéutica. Nuestra intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas: del paciente, de los profesionales que lo atienden y también del entorno.

Para su abordaje y tratamiento podemos utilizar (34):

- Medidas de seguridad.
- Contención verbal.
- Contención farmacológica (por orden facultativa).
- Contención mecánica. (La contención mecánica e inmovilización del enfermo tiene una implicación ética y legal, se debe registrar en el plan de cuidados y llenar la hoja de registro y consentimiento informado). (Anexo 4).

Vigilancia exhaustiva y continuada por riesgo de fuga y / o autolesión.

Informar a la totalidad del equipo sanitario responsable del paciente, del riesgo de suicidio existente.

Promover y facilitar la presencia de un acompañante o cuidador / familiar las 24 horas del día.

Estar muy atento a cualquier modificación en las peticiones, estados de ánimo, tonos de voz, comentarios o comportamientos.

Impedir el alta voluntaria hasta evaluación psiquiátrica.

Valoración de la conducta suicida, estudio diagnóstico y establecer el plan terapéutico más adecuado la alta médico-quirúrgica.

Escucha activa y con interés del sujeto, a la vez que se le facilita la libre expresión de emociones para detectar posibles ideas suicidas y la evolución de las mismas (33).

## 9.- CONCLUSIONES - DISCUSIÓN

---

El acto suicida y el intento de suicidio constituyen un problema de salud pública, con cifras que van en aumento cada año, estimándose hacia el año 2020 una cifra de 1,5 millones de personas fallecidas anualmente por esta causa a nivel mundial (35). Nuestro estudio presenta datos relevantes en relación al comportamiento de los pacientes con intento de suicidio.

Una vez analizados todos los datos, se identificó que el grupo de edad más prevalente por intento suicida, es el de adultos de 31 a 45 años con un 43 %, seguido por el grupo de adultos jóvenes (18 a 30 años) con un 30% y en menor frecuencia los grupos de 45 a 60 y los grupos geriátricos, mayores de 61 años, con un 14% y 13 % respectivamente, lo cual es inquietante debido a que este tipo de problemáticas en antaño era prácticamente exclusiva de la población joven, el hecho de que esta relación se esté invirtiendo hasta cierto punto es secundario a que la pirámide población se ha ido modificando al paso de los años y en debido a que este grupo de edad se ve afectado por cuestiones laborales, problemas familiares o a enfermedades crónicas, por lo que existe una concordancia con el estudio realizado por Kaplan, H (2009) (36).

En nuestra muestra hay un predominio de mujeres (82 %), al igual que sucede en otros estudios similares en los que se atribuyen una frecuencia hasta tres veces superior para este género, como podemos encontrar en “Diferencias entre hombres y mujeres en las características de las intoxicaciones”, publicado por Clemente R, C (2010) (37).

En nuestro estudio, sin ser significativo, señalaremos los meses de abril y diciembre como fechas elegidas para el intento de suicidio. Pero coincidiendo con el estudio de Harrison, J (24) la incidencia de intento suicida no tiene relación alguna con el mes del año. Podríamos justificar el mes de diciembre por una asociación a no tener familia, o pensamientos pesimistas en relación a lo que les espera en el siguiente año, etc (24).

Según la ocupación el 50 % eran estudiantes y amas de casa, un 32% desempleado y un 18% empleado o jubilado. Concordando estos datos en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS (30), que reconoce las

dificultades económicas y las dificultades en las relaciones sociales y familiares como factores de vulnerabilidad.

Estudios realizados por diversos autores como Montalbán, R (1997) coinciden con nuestros hallazgos que sitúan a los solteros como el grupo de mayor incidencia, lo cual se observa secundario a cuadros de depresión por la soledad o desesperanza, que refiere el paciente (38).

Coincidiendo González Rosendo B y Garrido Romero R, (40,41) el método más empleado para intentar suicidarse fue la sobredosis de Benzodiacepinas seguida de antidepresivos tricíclicos, en los que estos medicamentos suponen hasta el 47% de los casos, aunque han aumentado de forma importante a lo largo del tiempo (el 20% en 1979, el 39% en 1994 y el 47% en 1997), medicamentos que afortunadamente no se encuentran en todos los domicilios, ahora bien, si no tienen acceso a este tipo de medicamentos, desafortunadamente en los hogares siempre se tienen al alcance de todos, analgésicos y otros medicamentos, y es por ello que también se documenta intentos por AINES, anticonvulsivantes e hipoglucemiantes

En cuanto al momento del día, éste fue medido de manera indirecta, en relación al turno laboral de atención, que no tiene por qué coincidir exactamente con el del intento de suicidio. La mayoría se presentaron por la tarde y la noche. La comparación con otros estudios es complicada, ya que la distribución del día no se ha realizado igual, aun así los resultados comparados como el de Hernández, PF (2002) concuerdan con los obtenidos en nuestro estudio (42).

Finalmente y por lo revisado en los estudios, como el de Duce, S (1998), el encontrarse en estado etílico fue una condicionante para ello, en relación a nuestra población analizada el 62% se encontraba con consumo de bebidas etílicas y el 6% de drogas ilegales (43).

En conclusión y a pesar de las limitaciones, este estudio permite extraer unos datos aplicables al área sanitaria de Lleida, donde el prototipo de paciente atendido en Urgencias del HUAV, con tentativa de suicidio, es un adulto mayor de entre 31 y 45 años, mujer, desempleada y soltera, con ingesta de psicofármacos, donde el más

utilizado son las benzodiacepinas, bajo la influencia del alcohol y/o drogas y entre las horas de la tarde-noche.

Para poder realizar estudios similares a éste, debería existir un registro de los pacientes diagnosticados de intento autolítico e intoxicación medicamentosa en los Servicios de Urgencias de los hospitales. Este registro garantizaría la inclusión de la totalidad de los pacientes intoxicados en los estudios y facilitaría la elaboración de los mismos para poder mejorar la asistencia sanitaria al intoxicado (36).

El suicidio constituye un reto de gran envergadura en nuestras sociedades por su prevalencia, morbilidad, y los costes económicos que conlleva, sin olvidar el drama que supone para los familiares y gente cercana a la víctima.

El precoz diagnóstico y tratamiento de estas patologías, así como la adopción de las medidas oportunas para evitar el paso de la ideación al acto suicida son, junto a la limitación de acceso a medios, las medidas más eficaces de prevención (39).

Por otro lado, los esfuerzos de formación continuada e investigación en toxicología clínica, deben dirigirse y ser dirigidos fundamentalmente por los médicos y enfermeras de los Servicios de Urgencias y los Sistemas de Emergencias (42).

Un elevado porcentaje de las personas que han cometido un intento de suicidio vuelven a intentarlo con posterioridad. Las personas que han cometido una tentativa de suicidio son un grupo de riesgo que se puede detectar en un número elevado de casos, dado que es habitual que tras el intento muchas personas acudan a urgencias.

Coincidiendo con la literatura consultada de Loran, ME (2003) "Protocolo de actuación clínica ante el intento de suicidio" (45), destacar la importancia de la utilización de un protocolo común que sirva de guía para las intervenciones, puede ser muy útil y es necesario en los cuidados específicos y generales del personal de enfermería al paciente atendido por intento de suicidio. De este modo, el personal de enfermería siempre puede tener a su disposición los conocimientos necesarios para el trato y la atención a este tipo de pacientes.

Por la importancia que tienen los protocolos en la actuación de enfermería, el que he elaborado se remitirá a la Unidad de Calidad Asistencial del HUAV, siguiendo la guía de elaboración de protocolos de enfermería, para que sea valorado, aprobado e instaurado en la unidad de urgencias del HUAV.



## 10.- ÚLTIMOS AVANCES Y NOTICIAS

---

### Test bioquímico para detectar el riesgo de suicidio en una persona.

A veces, puede darse la triste paradoja de que algunos antidepresivos promuevan las ganas de suicidarse en algunos pacientes. Y también, por supuesto, la persona puede acabar suicidándose si está muy deprimida y el antidepresivo es demasiado débil.

Debido a todo ello, una supervisión lo bastante buena del paciente durante su tratamiento puede permitir al médico suspender una medicación por inadecuada y recurrir a otras opciones.

Un nuevo test, basado en una investigación desarrollada en el Instituto Max Planck de Psiquiatría, en Múnich, Alemania, pasa ahora del laboratorio al mercado a través de la empresa estadounidense Sundance Diagnostics.

El análisis podría ayudar de manera significativa a los médicos en sus esfuerzos por reducir el riesgo de suicidio en pacientes que muestran determinados marcadores genéticos y que están siendo tratados con antidepresivos.

Los científicos del Instituto Max Planck de Psiquiatría descubrieron un conjunto de 79 biomarcadores genéticos del que se demostró un 91 por ciento de probabilidades de clasificar correctamente a pacientes con riesgo de cometer suicidio inducido por antidepresivos. (Anexo 5).

## 11.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

- (1) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud 2000. Disponible en: [www.who.int/entity/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf) Consultada: 19 Noviembre 2013.
- (2) Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998. Disponible en: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf> Consultado: 19 Noviembre 2013.
- (3) Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. An Med Interna. 2004; 21(2):62-8.
- (4) Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. J Clin Psychiatry. 2010; 71(8):e1-e21 Taylor SJ, Kingdom D, Jenkins R. How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 457-463.
- (5) Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. Suicide Life Threat Behav. 2007; 37(3):248-63.
- (6) Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida., editors. Madrid: Triacastela; 2011.

- (7) Dante D, Mazzotti G, Vivar A. Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencias de un hospital general. Revista de Neuro-Psiquiatria 1999; 62: 226-241.
- (8) Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. Gac Sanit. 2006; 20(1):25-31.
- (9) World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_chap7\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf)  
Consultada: 25 Noviembre 2013.
- (10) Almasi K, Belso N, Kapur N, Webb R, Cooper J, Hadley S, et al. Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. BMC Psychiatry. 2009;9(45):1-9.
- (11) Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk fatcors and completes suicide: meta-analyses based on psychological studies. Environ Health Prev Med. 2008; 13(15-16):243-56.
- (12) Chinchilla A, Correas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
- (13) Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernández-Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E93348.pdf> Consultada: 26 Diciembre 2013.
- (14) Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004; 4(37):1-11.

- (15) O'Connor RC. The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide Life-Threat Behav.* 2007; 37(6):698-714.
- (16) Vega Piñeiro M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. *Salud Global Salud Mental.* 2002; 4:2-15.
- (17) Vibert Ch. Tratado de medicina legal y toxicología. Barcelona: José Espasa, editor, 1905; 1-15.
- (18) López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad; 2007. Informe N°: Osteba D-07-02.
- (19) Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2006 Informe N°: I+CS 2006/01.
- (20) Vega Piñeiro M, Blasco Fontecilla H, Baca García E, Díaz Sastre C. El suicidio. *Salud Global Salud Mental.* 2002; 4:2-15.
- (21) Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-oncology* 2010; 19(12):1250-8.
- (22) Víctimas mortales por violencia de género. Ficha resumen - datos provisionales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Disponible en:  
<http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Contentdisposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244655094407&ssbinary=true>  
Consultada: 26 Diciembre 2013.

- (23) Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias*. 2003; 15:165-74.
  
- (24) Harrison J; *Medicina Interna Harrison Volumen II. Principios Generales del Tratamiento de los Trastornos del Estado de Animo*. 2011. 1612-1629.
  
- (25) Macías García S, García Álvarez R, Piñeiro Fernández C, Álvarez Martínez B. Intoxicaciones agudas. Manejo general. En: M. J. Vázquez Lima, J.R Casal Codesido. *Guía de actuación en urgencias*. 3ª Edición. 2007. Hospital del Bierzo. 497-502.
  
- (26) Moeschlin S. *Clínica y terapéutica de las intoxicaciones*. Barcelona: Ed. Científico-Médica, 1954; 1-13.
  
- (27) Mathew H. Acute poisoning: some mythes and misconceptions. *Br Med J* 1971, 1; 519-520.
  
- (28) Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008; 20:328-31.
  
- (29) Defunciones según la causa de muerte 2007. Tasas de mortalidad por causas. Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2007. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/l0/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0> Consultada: 25 Noviembre 2013.
  
- (30) Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

- (31) Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Oferta assistencial. Disponible en : [http://www.icslleida.cat/hospital/serveis\\_unitats/29](http://www.icslleida.cat/hospital/serveis_unitats/29) Consultada : 10 Abril 2014.
- (32) Lloret J, Nogué S, Jimenez X. Malalt amb intoxicació aguda greu. Protocols, codis d'activació i circuits d'atenció a Barcelona ciutat. Barcelona: Corporació Sanitària de Barcelona, 2005.
- (33) Nogué S. Intoxicaciones Agudas. Bases para el tratamiento en un servicio de Urgencias. Laboratorios Menarini S.A. 2010.
- (34) Comité d'Ètica Assistencial (CEA) de l'hospital Arnau de Vilanova, recomanacions en relació a la contenció mecànica. Lleida. 2012.
- (35) Organización Mundial de la Salud (2006). *Estadísticas de Mortalidad*. Disponible en: <http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1.cfm> Consultada: 03 Mayo 2014.
- (36) Kaplan, H. Suicidio. Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica, 9ª Edición. Ed. Panamericana. 2009. pp. 988.
- (37) Clemente R,C; Aguirre, A; Echarte, JL; Puente, I. Diferencia entre hombres y mujeres en las características de las intoxicaciones.Emergencias.2010;22:435-40.
- (38) Montalbán R. La conducta suicida. Madrid: Libro del Año, 1997:27-52
- (39) Bobes, JG. Prevención de las conductas Suicidas y Parasuicida .Masson.S.A Barcelona. España.2008: 5-11.
- (40) González Rosendo B, Galego Feal P, Balo Junquera F, Canedo Santos M, Cornes Iglesias JM, Castro Calvo R. La ingestión de fármacos como causa de suicidios y tentativas de suicidios.

- (41) Garrido Romero R, García García JJ, Carballo Ruano E, Luaces Cubells C, Alda Diez JA, Pou Fernández J. Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio.
- (42) Hernández, PF. Incidencia de Intentos suicidas atendidos en un servicio de Urgencias. Rev Med IMSS 2002; 40 (3): 247-251.
- (43) Duce S, López E, Navas V, et al. Intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en un Servicio de Urgencias. Emergencias 1998; 10:225-33.
- (44) Gutiérrez J, Mercado J, Luna F. Factores del riesgo suicida; un apoyo para el residente de psiquiatría. Psiquiatría 2003; 1:24-27.
- (45) Lorán Meler ME, Cardoner Álvarez N: Protocolo de actuación clínica ante el intento de suicidio. *Medicine* 81(105): 63-65. Ediciones Doyma. Barcelona, 2003. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1380097721.pdf> Consultada : 09 de Mayo 2014.

## ANEXOS

### A.1.- Encuesta utilizada en el estudio.

#### ENQUESTA INTOXICACIÓ MEDICAMENTOSA AMB INTENT AUTOLITIC.

DATA ESDEVENIMENT: .....

1.- SEXE: ☐ DONA ☐ HOME

2.- EDAT: .....ANYS.

3.- PROFESSIONIÓ: .....

4.- ESTAT : ☐ SOLTER ☐ CASAT ☐ VIDU/A  
☐ EN PARELLA ☐ ALTRES

5.- TOXICS UTILITZATS:

☐ BENZODIACEPINES ☐ ALTRES.....  
☐ ANTIDEPRESIUS ☐ ANALGÈSICS

6.- US D'ALCOHOL O DROGUES:


☐ SI ☐ NO

7.- HORA ACTE AUTOLITIC:

☐ MATUTI ☐ VESPERTI ☐ NOCTURN



## A.2.- Solicitud de permiso de investigación HUAV.

  
Institut Català de la Salut  
Lleida  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

**SOL·LICITUD DE PERMÍS DE RECERCA PERSONAL D'INFERMERIA**

NOM I COGNOMS M<sup>o</sup> CORPOBALES TERRADO  
SEBASTIAN

NIF 43747371-2 ADREÇA AUDA DEL PARC, 318  
POBLACIÓ ALPILAT CP 25110 TELÈFON 616335838  
LLOC DE TREBALL URGÈNCIES EXTENSIÓ \_\_\_\_\_  
TORN NIT CATEGORIA PROFESSIONAL AUX. ENFERM.  
ESTUDIANT 4<sup>o</sup> GRAU  
INFERMERIA

TÍTOL DEL TREBALL DE RECERCA PROTOCOL ACTUACIÓ INFERMERIA  
AMB ELS PACIENTS AMB INTOXICACIÓ MEDICAMENTOSA AMB  
INTENT AUTOLÍTIC INGRESSATS AL SERVEI D'URGÈNCIES  
L'HUAV. LLEIDA.

DURACIÓ DE LA RECERCA OCTUBRE 2013 - ABRIL 2014.

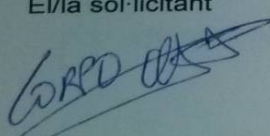
MOTIU PER REALITZAR L'ACTIVITAT:

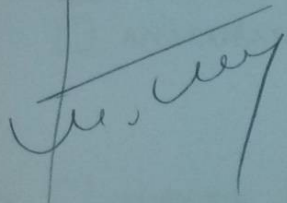
CURS DE POSTGRAU ☐ MÀSTER ☐ PERSONAL ☐ TREBALL FI  
DE GRAU ☒

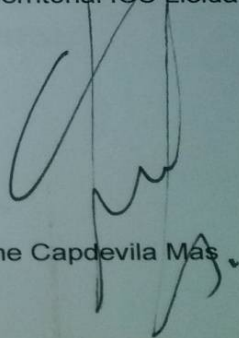
PRECISA :

CONSULTAR HISTÒRIES ☒ REALITZAR ENQUESTES ☐

ALTRES EN CAP CAS UTILITZAREM CAP DADA IDENTIFICATIVA  
DEL PACIENT. TAN SOLS NECESITO DADES GENERALS  
ESTADÍSTIQUES.

El/la sol·licitant   
Lleida, 05 de DESEMBRE de 20.13

El/La director/a d'Infermeria  
  
Marina Peiron Paris

Vist i plau  
Gerent Territorial ICS Lleida  
  
Jaume Capdevila Mas

Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

### A.3.- Aspectos a recoger por parte del médico de Urgencias Hospitalarias en la evaluación de un paciente con conducta suicida.

<b>DATOS PERSONALES</b>	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Edad: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/en pareja <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viudedad Ocupación: <input type="checkbox"/> Trabaja/estudia <input type="checkbox"/> Paro <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros _____
<b>FACTORES DE RIESGO</b>	Antecedentes de trastornos mentales: <input type="checkbox"/> Depresión Mayor <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Tr. cond. alimentaria <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Tr. de personalidad, impulsividad y agresión Intentos previos suicidio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presencia reciente de ideación suicida: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad física, dolor, discapacidad o cronicidad: <input type="checkbox"/> Historia familiar previa de suicidio: <input type="checkbox"/> Presencia de eventos vitales estresantes: <input type="checkbox"/> Factores sociales y ambientales: Falta de apoyo social/familiar <input type="checkbox"/> Historia de maltrato físico o abuso sexual <input type="checkbox"/> Historia de acoso <input type="checkbox"/>
<b>CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO</b>	<input type="checkbox"/> Intoxicación medicamentosa, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Intoxicación por otro producto químico, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Daño físico (cortes, etc...) _____ <input type="checkbox"/> Otros métodos, especificar _____ Planificación de la conducta suicida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Letalidad de la conducta suicida: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Intermedia <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja Actitud ante la conducta suicida actual: <input type="checkbox"/> Alivio/arrepentimiento <input type="checkbox"/> Lamento de resultado no fatal
<b>EVALUACIÓN CLÍNICA</b>	Existencia de alteración del nivel de conciencia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Afectación de capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presencia de enfermedades mentales: <input type="checkbox"/> Si, especificar _____ <input type="checkbox"/> No Estado de ánimo, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Eutimia <input type="checkbox"/> Euforia <input type="checkbox"/> Ánimo inadecuado <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ Presencia de planes futuros de suicidio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Apoyo social o familiar actual: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>CONCLUSIONES</b>	Riesgo de suicidio inmediato: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Necesidad de evaluación psiquiátrica durante el episodio: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> En 24 horas <input type="checkbox"/> En una semana <input type="checkbox"/> Otro periodo, especificar: _____

## A.4.- Hoja de registro de contención mecánica.

### ETIQUETA DEL PACIENTE

### FULL D'INDICACIÓ I REGISTRE DE CONTENCIÓ FÍSICA

Data inici de la contenció:..... Hora:..... Unitat/ Hab.....

Facultatiu: ..... Infermer: .....

Núm. col·legiat: ..... Núm. col·legiat: .....

#### Motiu de la contenció

Autolesió ☐ Lesions a tercers ☐

Evitar alteracions del programa terapèutic ☐

#### Mesures de contenció

Extremitats superiors ☐

☐ Cos

Extremitats inferiors ☐

☐ Altres

### CONSENTIMENT INFORMAT

Nom .....

Major d'edat, amb nacionalitat .....

DNI ..... en qualitat de .....

del Sr./ Sra. .... ingressat/da

a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida el dia .....

declara estar informat/ada per part de l'equip sanitari que atén el seu .....

de la necessitat d'aplicar-li el protocol de contenció per evitar perills.

El que faig constar als efectes oportuns i perquè no hi hagi impediments de cap tipus.

**SI** accepto la seva aplicació

**NO** accepto la seva aplicació

Data de final de la contenció ..... hora: .....

Motiu: ☐ Millora ☐ Lesió ☐ Alta ☐ Èxitus

Facultatiu: ..... Infermer: .....

Núm. col·legiat: ..... Núm. col·legiat: .....

## A.5. – Últimos avances en el tratamiento del riesgo suicida.

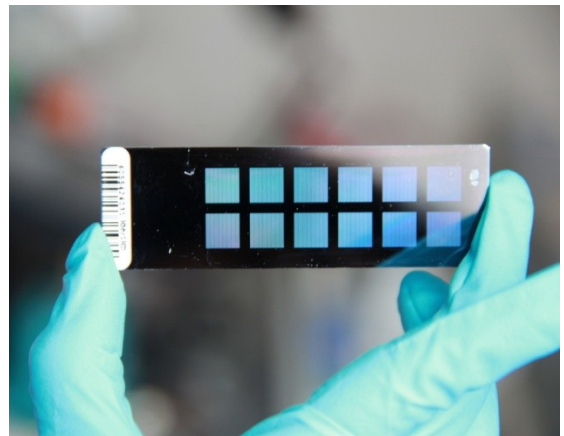
### Suicidality test being brought to market

**U.S. company Sundance Diagnostics has licensed genetic markers that predict suicide risk when antidepressant drugs are prescribed**

December 12, 2013

**The new test, based on research carried out at the Max Planck Institute of Psychiatry, should help doctors to decrease the risk of suicidality in patients treated with antidepressants who show certain gene markers. Sundance plans to launch the test immediately as a laboratory developed test. In addition, clinical studies in support of a U.S. Food and Drug Administration submission for market clearance, CE marking and reimbursement will be initiated. Sundance expects to submit its application to the agencies within 18 months.**

**Researchers at the Max Planck Institute of Psychiatry discovered when suicidality occurred it happened within two weeks of beginning treatment, or increasing dosage, for 59% of patients. Altogether, 8.1% of patients studied suffered from this adverse side effect of antidepressant medications. Since 2005, in the United States, Canada and some European countries, antidepressants have carried a warning alerting the doctor and the patient to the serious risk of medication-induced suicidality. Up until now, however, doctors have had no indications as to which patients may be at risk. Sundance CEO Kim Bechthold stated, "Our hope is that the new test will assist the physician in significantly reducing the risk of suicide emerging from antidepressant drug use and will provide patients and families with valuable personal information to use with their doctors in weighing the risks and benefits of the medications."**



**Scientists at the Max Planck Institute of Psychiatry in Munich have now discovered 79 genetic biomarkers that had a 91% probability of correctly classifying patients at risk of antidepressant-induced suicide.**

**The researchers also discovered that the increased risk for suicide is not limited to individuals under the age of 25, as described in the warning by the American regulatory agency FDA. Instead, the risk was found in the studies to be present across all ages from 18 to 75. In the United States, more than 9 million new antidepressant drugs are prescribed annually (IMS 2006 National Prescription Drug Audit).**

**Fuente:** <http://www.mpg.de/7653934/suicidality-test-Sundance>